9

[redacted]dlet,

[redacted]noires sur les lipomes acquis de
[redacted]main et des doigts

LIBRAIRIE
Jacques Lecerrallier
14, Rue Racine
PARIS

MÉMOIRE SUR

# LES LIPOMES ACQUIS DE LA MAIN ET DES DOIGTS

**Par le docteur Alfred POULET**

Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

## I. Lipomes de la main.

En 1865, Busch (*Arch. de Langenbeck*, Bd. VII, p. 174) affirmait, presque sans crainte d'être contredit, que les lipomes acquis ne se rencontraient jamais à la paume de la main ou à la plante du pied. Une connaissance plus approfondie aurait pu, même à cette époque, atténuer le rigorisme excessif de cette sentence. Il n'y a guère de loi sans exception en pathologie et aujourd'hui il serait tout au plus permis de dire que les lipomes de la main sont rares. Tel est l'avis de Polaillon qui n'a pu en réunir que neuf exemples (*Dictionn. encycl. des sc. méd.*, art. Main).

Un fait que nous avons eu la bonne fortune d'opérer ayant attiré notre attention sur cette variété de tumeurs, nous avons rassemblé la plupart des observations éparses dans la littérature médicale pour en faire une étude d'ensemble. Il faut avouer que nos efforts ne sont pas restés infructueux , puisqu'au lieu des neuf cas réunis par Polaillon, nous en trouvons vingt-huit.

Malheureusement, dans ce nombre, il y a plusieurs observations qui n'ont qu'une valeur fort médiocre au point de vue de l'histoire de cette affection. Elles sont trop courtes, insuffisantes, relatées incidemment, d'après un souvenir vague, dans une discussion scientifique. Pour quelques autres, il nous a été impossible de nous procurer les recueils étrangers où elles sont consignées.

1° Pelletan, *Clinique chirurgicale*, t. I.

2° Rognetta, *Gaz. méd. de Paris*, 1834, p. 212.

3° Rognetta, *idem*.

4° Robert, *Ann. de Thérap. méd. et chir.*, 1844, p. 343.

5° Boinet, *Gaz. des Hôpitaux*, 1866, p. 271.

6° Wagner, in Busch. (*Arch. de Langenbeck*, Bd. VII, 1865.)
7° Richet, *Gaz. des Hôpitaux*, 1867, p. 213.
8° Trélat, *Gaz. des Hôpitaux*, 1868, p. 223.
9° Perassi, *Giorn. di r. Acad. di med. di Torino*, 1870, t. XX, p. 241.
10° Pitres, *Bull. de la Soc. anat.*, 1873.
11° Péan, Thèse de Cosson, Paris, 1879, p. 54.
12° Rigaud, *Revue méd. de l'Est*, 1873, t. III, p. 242.
13° Notta, *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1882, p. 389.
14° Moulinier, *idem*, 1882, p. 618.
15° Després, *idem*, 1882, p. 620.
16° Pozzi, *idem*, 1882, p. 621.
17° Le Fort, *idem*, 1882, p. 391.
18° Bryant, *The Lancet*, 1884, v. I, p. 846.
19° Hodges, *Boston med. Journ.*, 18 octobre 1884, p. 362.
20° Hodges, *idem*.
21° Hodges, *idem*.
22° Poulet, dans ce mémoire.
23° Bloch, *Hosp. tidende Kjoben*, 1878, 2 R. V, 17-20.
24° Plaitos, Γαληνος Αθηναὶ, 1883, p. 415.
25° Kuster, *Archives de Langenbeck*, Bd XII, p. 628.
26° Gross S., *System of Surgery*, vol. II, p. 1018.
27° Mason Warren, *idem*.
28° Liston, *The Lancet*, 1840-1841, t. III, p. 794.

Sur ces 28 faits il y en a qui sont très insuffisants ou sans détails circonstanciés. Telles sont les observations 2, 3 (Rognetta), 16, 17 (Pozzi, Le Fort), 23 (Bloch), 24 (Plaitos), 27 (Mason Warren). Bien que nous ayons fait rentrer le fait 6 (Wagner) dans notre tableau, il pourrait être considéré comme douteux, car si la tumeur est certainement acquise, elle est survenue chez un sujet qui avait une malformation de la main. Divers auteurs considèrent le cas de Liston comme un lipome des doigts, mais la tumeur siégeait en réalité à la racine des doigts, entre l'index et le médius.

*Etiologie.* — On sait fort peu de choses sur les conditions dans lesquelles se développent les lipomes de la main; les pressions continues, spéciales à certaines professions, peuvent exercer une influence prédisposante, mais cette pathogénie reste encore obscure. Deux fois seulement l'affection était rapportée à une cause précise; dans un cas (obs. 18), le malade avait reçu, quinze ans auparavant, une ruade de cheval qui avait atteint la main. M. Moulinier (obs. 14) semble encore plus affirmatif. « La cause, dit-il, est assurément tout exté-

rieure; c'est une violence, une attrition continuelle déterminée par la pression du couteau à papier que cet homme (ouvrier papetier) manie depuis de longues années. » Nous voyons encore ailleurs la tumeur attribuée à la pression d'une scie (obs. 20).

Les professions manuelles prédisposent certainement au développement des lipomes ; nous relevons parmi les professions des malades celles de boucher, cocher, journalier, laboureur, ouvrier papetier, marin, ménagère. La plus grande fréquence de ces lipomes sur la main droite semble aussi favorable à cette manière de voir. Quelques malades étaient rhumatisants, et dans l'observation 22, l'affection semblait héréditaire, puisqu'un frère de la malade portait de volumineux lipomes sur diverses parties du corps.

Il serait également digne d'intérêt de connaître le point de départ exact de ces productions graisseuses; Notta croit que le lipome qu'il a enlevé avait pris naissance dans les appendices graisseux des franges synoviales des tendons fléchisseurs des doigts. Cette opinion semble peu probable en raison même de l'indépendance constante des lipomes par rapport aux gaines synoviales; celles-ci n'ont d'ailleurs pas de franges graisseuses.

L'origine intra-musculaire était évidente dans le fait analysé par Pitres (obs. 10); il considère le lipome enlevé par Demarquay comme un fibrome développé dans un muscle et ayant subi à sa périphérie l'évolution adipeuse.

Dans les 17 cas où le sexe est indiqué il y avait 11 hommes et 6 femmes, circonstance qui semble en faveur de la pathogénie traumatique; deux fois le lipome a été observé chez des enfants. Relativement à l'âge, les lipomes se développent à toutes les périodes de la vie.

| | |
|---|---|
| 1re décade de la vie | 2 |
| 2e | 3 |
| 3e | 3 |
| 4e | 2 |
| 5e | 3 |
| 6e | 3 |
| 7e | 1 |

Comme le développement de ces néoplasmes est généralement très lent, les malades ne consultent le médecin qu'à une période tardive; l'indolence, le peu de gêne fonctionnelle du début expliquent encore leur indifférence. Quelques malades portaient leurs lipomes depuis de longues années : 8 ans (obs. 7), 12 ans (obs. 9), 15 ans (obs. 4), 22 ans (obs. 26), et même 35 ans (obs. 21). Dans tous les cas, les auteurs insistent sur la lenteur du développement.

*Anatomie pathologique.* — La main droite paraît être un lieu d'élection des lipomes, puisque sur 13 cas où le côté du corps est indiqué, 11 fois le côté droit était intéressé. Dans aucun des faits, le lipome n'avait débuté par le dos de la main, et, quand il existait des tumeurs dorsales, il s'agissait de prolongements, de lobes accessoires qui s'étaient enfoncés entre les métacarpiens.

Il est assez difficile de déterminer le point où le néoplasme prend naissance, parce que, le plus souvent, au moment où le chirurgien observe le malade, le lipome s'est déjà insinué dans les loges voisines de la région palmaire. Le plus grand nombre étaient certainement sous-aponévrotiques; les uns restent dans les muscles de l'éminence thénar, soulèvent la peau de la face palmaire et remplissent le premier espace interdigital; ce siège est noté dans sept observations. D'autres, plus rares, occupent l'éminence hypothénar; les plus nombreux se développent dans la loge moyenne de la paume, tantôt en avant, tantôt au-dessous des tendons fléchisseurs.

S. Pozzi a avancé qu'il existait une variété d'angio-lipomes développés sous la peau au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes; nous n'avons pu trouver aucune observation à l'appui de cette opinion. Quelquefois les lipomes sont intra-musculaires comme dans les observations de Pitres (obs. 10), de Hodges (obs. 20). La plupart avaient les dimensions d'un œuf de poule, mais on en a vu qui atteignaient le volume d'une grosse pomme (obs. 1, 9), d'une mandarine (obs. 14), d'une pomme de terre (obs. 21), d'une demi-orange (obs. 7). Dans le fait de Kuster, la tumeur s'étendait du bord cubital du petit doigt au coude. En outre, ces productions présentent d'ordinaire des prolongements multiples inter-musculaires ou entre les os du grillage métacarpien, comme dans les observations 4, 8, 9, 10, 12, 13, 18, 22. Dans l'observation 5, il existait un lobule au niveau de la partie antérieure de chaque articulation métacarpo-phalangienne. En général, ces prolongements n'ont pas une grande tendance à se porter vers le carpe, car il n'en existe qu'un seul exemple (obs. 12). Moulinier aurait observé à côté de la masse principale qui reposait sur l'artère cubitale, une petite tumeur indépendante, de la grosseur d'un pois. Plusieurs fois des petits appendices de la tumeur s'engageaient dans un des doigts (obs. 10, 26).

*Structure.* — La plupart des tumeurs graisseuses acquises de la main appartiennent au groupe des lipomes simples, capsulés. Leur structure n'offre donc rien de spécial et leur capsule n'est réunie aux parties voisines que par des adhérences assez lâches, circonstance qui facilite beaucoup leur énucléation. Quelques cas rentraient dans

la catégorie des fibro-lipomes, et il existait un noyau fibreux au centre (obs. 1, 7, 9). Rappelons comme un fait exceptionnel la présence de fibres musculaires striées au centre du noyau fibreux; elles présentaient tous les degrés de l'atrophie.

*Symptômes.* — Au début, les lipomes ne manifestent leur présence par aucun phénomène; ils s'accroissent insensiblement et n'attirent l'attention que par la déformation qu'ils produisent. Quelques malades avaient ressenti une sensation de gêne et de lassitude plusieurs années auparavant (obs. 10). Un marin dont Hodges relate l'histoire avait remarqué sept ans avant son entrée à l'hôpital la présence d'une petite tumeur grosse comme un pois au milieu de la main droite.

Arrivés à leur développement complet, les lipomes présentent les caractères suivants : Au niveau de la paume de la main ou d'une des régions latérales, il existe une tumeur grosse comme une petite pomme ou un œuf, tantôt régulièrement arrondie, tantôt lobulée, bosselée, inégale, qui soulève les téguments. Lorsque le lipome siège profondément il envoie des prolongements dans tous les interstices musculaires; ainsi s'expliquent les saillies dorsales constatées sur un certain nombre de malades (obs. 7, 9, 11, 20, 18). Néanmoins il est exceptionnel de voir la tumeur dorsale plus développée que la masse palmaire, comme dans un cas de Hodges (obs. 20); le lipome, bridé en avant par le court adducteur du pouce, repoussait en arrière le premier interosseux moins résistant.

La tumeur a une large base et la peau, quelque peu distendue et amincie à son niveau, conserve sa couleur et ses caractères normaux; dans un seul cas il est fait mention de veines serpentines flexueuses (obs. 14). En palpant le lipome, l'observateur est tout d'abord frappé de sa mollesse; la masse semble fuir sous le doigt qui la presse et l'idée d'une tumeur liquide fluctuante se présente tout naturellement à l'esprit. Chez 9 malades cette fluctuation était des plus manifestes (obs. 5, 8, 10, 13, 15, 18, 19, 20, 22); d'autres auteurs parlent d'une fausse fluctuation. C'est particulièrement lorsque le lipome présente des lobes que cette fluctuation illusoire est surtout facile à constater; en pressant sur un des lobes on sent très nettement un mouvement d'expansion, de reflux, une augmentation de tension dans les autres parties du néoplasme.

Divers auteurs parlent aussi d'une sensation de crépitation et de frottement, d'un frôlement rugueux qu'ils ont perçu en pressant alternativement la tumeur dans des sens différents avec les deux mains. Cette sensation signalée pour la première fois dans l'observation de Robert (obs. 4) a été comparée à celle que donnent les

kystes à grains riziformes. Dans le fait de Trélat (obs. 8) étudié avec beaucoup de soin, la palpation ne permettait pas de sentir des grains hordéiformes; « on obtenait néanmoins une sorte de frôlement rugueux et prolongé en poussant alternativement la masse vers l'un ou l'autre de ses côtés ». Pour M. Trélat, ce frôlement rugueux serait dû au déplacement des lobules profonds sur les tendons fléchisseurs. La crépitation était encore évidente dans les observations 5, 15, 18. Moulinier nous dit que la tumeur de son malade craquait légèrement quand on cherchait à l'écraser (obs. 14).

Les caractères précédents s'appliquent aux lipomes capsulés, simples, les plus nombreux; lorsque le centre de la tumeur renferme du tissu fibreux, l'examen fournit d'autres renseignements. En prenant fortement la masse entre les doigts, on sent une partie dure, bosselée, résistante vers la partie centrale; son volume ne dépasse guère celui d'une noisette (obs. 7, 10). Quant aux connexions du lipome avec les parties voisines, elles ne semblent pas faciles à apprécier exactement. Si dans un certain nombre de faits l'adhérence aux plans profonds ne laissait aucun doute (obs. 9, 12), il en est d'autres où la tumeur était en apparence sous-cutanée (obs. 19). En réalité, tous les lipomes de la main sont sous-aponévrotiques et il faut attribuer à l'adhérence de la peau aux aponévroses sous-jacentes l'illusion signalée dans quelques cas.

Nous ne ferons que signaler l'opacité à la lumière, l'absence de pulsations, à moins que le lipome ne soit, comme dans l'observation 14, en connexion intime avec une artère importante.

Aux caractères précédents, ajoutons une indolence remarquable; on peut les comprimer sans déterminer aucune souffrance. Par suite du développement excessif ou de pressions prolongées, un certain nombre de malades accusaient des douleurs irradiées dans l'avant-bras, et surtout un sentiment de fatigue, de fourmillement, d'engourdissement (obs. 8, 13, 22). Le malade de Robert (obs. 4) éprouvait une douleur le long du bord cubital de l'avant-bras, surtout lorsqu'il voulait serrer un corps dans la main. L'opéré de Notta, manœuvre, ressentait un engourdissement dans la main quand il se servait de la bêche et de la pioche, et il ne pouvait pour cette raison prolonger longtemps son travail. — En général, les fonctions des doigts sont conservées, mais par suite de son volume la tumeur devient une cause de gêne (obs. 10, 14, 20). Un des malades de Hodges (obs. 19) était gêné pour tenir la perche de sa ligne de pêcheur, et, dans plusieurs cas, comme chez notre malade, la tumeur de l'éminence thénar empêchait les mouvements d'adduction et d'opposition du pouce, d'où résultait une impotence assez sensible.

*Marche.* — Tous les lipomes ont une marche très lente, mais progressive, et finissent par nécessiter l'intervention chirurgicale.

Ils seraient cependant susceptibles de s'enflammer et même de donner lieu à des abcès. Cette dernière particularité a été observée par Bryant (obs. 18). Sept ans avant l'opération le centre de la tumeur palmaire devint douloureux; à la suite de l'application de cataplasmes, la tumeur se creva spontanément en donnant issue à une drachme de sang ; la plaie resta pendant un certain temps fistuleuse, puis finit par guérir en laissant à sa place une cicatrice déprimée, profonde. Cette complication n'exerça aucune influence sur la marche ultérieure du néoplasme. Moulinier a également publié un cas de lipome enflammé (obs. 14); la surface bosselée était parsemée de veines serpentines, flexueuses, gorgées de sang et très développées; la peau n'était plus mobile.

Pelletan rapporte que le malade qui fut opéré par Dupuytren, par suite du développement du lipome avait le pouce renversé vers le dos de la main avec luxation entre la première et la deuxième phalange; de plus il existait une exostose assez volumineuse à la face interne de cette articulation. On a peine à comprendre qu'un lipome puisse produire de semblables désordres, et Pelletan a peut-être noirci à dessein sa description pour justifier la désarticulation du pouce qu'il avait conseillée.

*Diagnostic.* — La question du diagnostic est l'une des plus intéressantes de l'histoire des lipomes de la main. En effet, dans près de la moitié des cas, la tumeur a été prise pour un kyste à grains riziformes des gaines de la main. Plusieurs circonstances rendent suffisamment compte de ces méprises qui ont été commises par les chirurgiens les plus expérimentés. C'est d'abord l'identité du siège de l'affection, particulièrement lorsqu'elle occupe le milieu de la paume de la main. La mollesse de la tumeur, la fluctuation si évidente dans certains cas, le mouvement de reflux en pressant sur un lobe, le frôlement rugueux, la crépitation fine appartiennent également aux synovites tuberculeuses à grains riziformes et aux lipomes. En outre, ces derniers sont fort rares comparés aux hydropisies des gaines et le souvenir de quelques erreurs du même genre peut seul engager à la réserve le chirurgien qui perçoit une fluctuation évidente.

Il fallut l'inefficacité de deux ponctions successives pour convaincre M. Trélat qu'il n'était pas en présence d'une tumeur liquide. Une première ponction était restée sans résultat. « J'avais une telle foi, dit-il, dans un diagnostic auquel j'avais apporté toute mon attention que je ne fus pas convaincu. Je supposai que le liquide était trop

épais, ou bien que l'enveloppe du kyste formait opercule à l'orifice de la canule. Je me procurai donc un trocart plus volumineux et bien effilé et le matin même je renouvelai la ponction. Cette nouvelle tentative eut exactement le même résultat que la première. Évidemment je m'étais trompé, ou mieux j'avais été trompé par une symptomatologie insidieuse. » La même erreur a été commise dans les observations de Robert, Boinet, Perassi, Rigaud, Notta, Bryant, Poulet, soit par les chirurgiens qui rapportent l'observation, soit par d'autres personnes. Cinq fois au moins des ponctions ont été faites dans ces tumeurs.

Assurément, une connaissance plus complète de ces méprises rendra les chirurgiens plus réservés. D'ailleurs il y a des signes différentiels entre le lipome et les kystes à grains riziformes; dans le cas de lipome, il n'y a pas de tumeur sus-carpienne et le fait de Rigaud où il est fait mention d'un prolongement sous le ligament annulaire du carpe reste isolé. En outre, les kystes à grains riziformes malgré leur marche chronique n'ont pas une évolution aussi lente que celle des lipomes; ces derniers exigent plusieurs années pour atteindre un volume appréciable. De même l'indolence du lipome est bien autrement marquée que celle des synovites à grains. Il n'est pas jusqu'à l'intégrité des mouvements des doigts qui ne puisse servir à distinguer le lipome des kystes. Enfin toutes les fois qu'il existe un prolongement saillant à la face dorsale, il faut d'emblée écarter l'idée d'un kyste, car cette sorte d'infiltration entre les interosseux appartient à peu près en propre au lipome.

Empressons-nous d'ajouter que l'erreur n'a pas une grande importance, car la ponction d'un lipome est inoffensive. Nous laissons de côté le diagnostic différentiel avec les autres productions morbides que l'on peut rencontrer dans la paume de la main.

*Traitement.* — Nul doute sur la conduite à tenir en présence d'un lipome de la main; ici, comme ailleurs, l'extirpation est la seule méthode à employer lorsque la tumeur devient par son volume une cause de gêne ou une difformité. Mais pour être efficace l'ablation doit être complète, sans quoi la récidive peut survenir comme dans le cas de Bloch (obs. 23).

Selon les circonstances, le siège, le volume, les prolongements du néoplasme, les chirurgiens ont employé des incisions droites ou curvilignes, cruciales, composées; on ne peut établir aucune règle précise à cet égard, si ce n'est qu'il faut autant que possible ménager les artères et les nerfs. Au reste, dans bon nombre de cas, après avoir incisé la peau, disséqué les adhérences qui la réunissent plus

ou moins étroitement à la tumeur, le lipome vient faire hernie à travers la plaie, et le second temps de l'opération consiste plutôt dans une énucléation qu'en une extirpation. Ainsi l'énucléation fut facile dans les observations 7, 8, 9, 10, 18, 19, 20, 21, 22. Dans l'observation 10, il fallut séparer le court fléchisseur du pouce du court adducteur, et chez l'opéré de Hodges (obs. 20) la section du premier interosseux dorsal dut être pratiquée.

L'existence de prolongements au-dessous des tendons fléchisseurs, entre les interosseux, rend parfois l'extirpation plus difficile comme dans le fait (obs. 13) publié par Notta. Nous voyons encore dans l'observation 14 l'énucléation rendue impossible par suite des adhérences du lipome enflammé avec les parties voisines; de plus la tumeur était intimement adhérente à l'artère et au nerf cubital, circonstance qui exigea une dissection minutieuse facilitée par l'emploi de la bande d'Esmarch.

Dans aucun cas, il n'y eut d'hémorrhagie inquiétante; deux fois, il fallut appliquer des ligatures (obs. 10, 21) et Bryant lia l'arcade palmaire superficielle sectionnée. Les auteurs restent muets sur l'ouverture des gaines et il est à présumer que si cet accident s'est produit, il n'a pas eu de gravité. Kuster, pour un lipome étendu du petit doigt à l'avant-bras, obtint la guérison complète par des extirpations successives.

Les suites de ces opérations sont généralement bénignes; il n'existe aucun cas de mort parmi les faits publiés. Cependant l'extirpation expose à quelques accidents. Même avec une antisepsie rigoureuse, la réunion primitive semble fort difficile à obtenir. Hodges insiste sur la fréquence de l'épanchement de sérosité qui, par son abondance et sa tendance à la suppuration, force à enlever les sutures au bout de peu de jours. L'épanchement sanguin consécutif est également noté dans l'observation 7; à diverses reprises l'énucléation a été suivie d'inflammation, de suppuration circonscrite ou diffuse (obs. 1, 9, 13, 18). En général, la durée de la guérison n'est pas inférieure à un mois.

Le drainage, les pansements antiseptiques rigoureux, l'immobilisation du membre permettront, dans bien des cas, d'abréger la durée de la cicatrisation.

### Observations de lipomes de la main.

Obs. I. — *Lipome formé au dedans du pouce et de la main.* (Pelletan, *Clin. chir.*, t. I.)

Jean-Baptiste Fleurquin, cocher, âgé de vingt ans, jouissant d'une bonne santé, se présenta à l'Hôtel-Dieu, le 2 mars 1809, avec une tumeur qui occupait la face interne du pouce de la main gauche, et s'étendait

vers la paume de la main en couvrant toute l'étendue des muscles thénar jusqu'au métacarpien. Le pouce en était renversé vers le dos de la main avec luxation entre les première et seconde phalanges; enfin une exostose assez volumineuse avait pris naissance sur la face interne de cette articulation. La tumeur était indolente, sans changement de couleur à la peau; elle était de surface irrégulière, grosse comme une pomme de reinette, et d'une assez grande solidité. Le malade témoignait n'en pas connaître l'ancienneté, et l'avoir vu croître par degrés insensibles. On pouvait craindre que ce ne fût une tumeur lymphatique; mais son insensibilité absolue et l'excessive lenteur de son développement appuyèrent l'idée que c'était un lipome, et on en pratiqua l'excision.

J'étais dans l'opinion que la perte du pouce était inévitable; qu'on ne pourrait jamais disséquer la peau qui en couvrait la face interne; et que son ablation simplifierait beaucoup le procédé opératoire. Le chirurgien qui allait opérer (Dupuyhen) avait une telle opinion contraire, que je cédai à la confiance qu'il avait dans son projet d'opération.

Il incisa la peau depuis le sommet du pouce jusqu'au milieu de la main, c'est-à-dire dans toute la longueur de la tumeur; une seconde incision traversa la première, et l'on procéda à la dissection : ce fut en effet une véritable dissection anatomique; elle dura pendant vingt-deux minutes, et l'on fut aussi étonné de la patience du chirurgien que du courage du malade; mais enfin la tumeur fut enlevée : elle tenait de tout point par un tissu cellulaire très serré; il sortit même à peine quelques gouttes de sang; mais surtout la peau du pouce était si mince qu'elle se recroquevilla comme du parchemin exposé au feu. L'articulation du pouce ne fut point ouverte, malgré son état de luxation; la peau fut rapprochée autant que possible, et le tout couvert de charpie et d'un appareil convenable.

Une pareille opération devait être suivie d'accidents : en effet, il survint une grave inflammation; des abcès se formèrent le long de la face interne de l'avant-bras, du bras, et dans la paume de la main : la peau de la face interne du pouce tomba par la gangrène; mais la nature, les bons soins, et le jeune âge du sujet ont triomphé de toutes ces complications; la peau de la face externe du pouce s'est allongée, et est parvenue à en couvrir la face interne et même l'exostose, laquelle a perdu spontanément la moitié de son volume; le pouce a été redressé; tous les foyers de pus se sont consolidés, et il ne reste en ce moment que la convalescence des parties, c'est-à-dire, roideur des muscles de l'avant-bras et de la main, soudure de l'articulation du pouce qui ne se meut que dans sa fonction avec le premier os du métacarpe, et des cicatrices adhérentes aux tendons qui laisseront probablement le sujet estropié.

Obs. II et III. — Rognetta. (*Gaz. méd. de Paris*, 1834, p. 212.)

Nous avons deux fois observé à la clinique de Dupuytren des petites tumeurs lipomateuses dans la paume de la main, précisément dans les régions thénar et hypothénar. Ces tumeurs avaient, de même que les

tumeurs sanguines que je viens de décrire, le volume et la consistance d'une petite figue. Dans le reste, indolence absolue et inaltérabilité de la peau; mais comme dans les deux cas que j'ai observés aucune opération n'a été tentée, je ne suis pas très sûr qu'il ne s'agissait de tumeur de toute autre nature. M. Dupuytren les jugea d'ailleurs lipomateuses et moi-même, les ayant comprimées fortement avec mes deux pouces, pendant quelques minutes, je n'ai vu aucun changement survenir dans leur volume.

Obs. IV. — *Lipome de la main. Cas rare.* (Hôpital Beaujon. M. Robert.) (*Ann. de thérapeutique méd. et chirurg.*, 1884, p. 343.)

Un jeune homme, garçon boucher, âgé de vingt-sept ans, robuste, bien portant, a été reçu le 8 octobre dans les salles de M. Robert pour une tumeur à la paume de la main droite, précisément vers le bord cubital, s'offrant dans les conditions suivantes : volume d'une demi-orange, longueur 9 centimètres, largeur 7 centimètres; forme pyramidale ou plutôt cordiforme; s'étend depuis deux travers de doigt au-dessous de l'origine de l'éminence hypothénar, jusqu'au milieu de la face palmaire du petit doigt, et en largeur, depuis le bord cubital de la main jusqu'au niveau de la racine du doigt médius; sans changement de couleur à la peau qui est seulement amincie et distendue, ayant conservé les traces des sillons palmaires; molle et élastique au toucher, présente une sorte de crépitation ou de frottement quand on la presse, ce qui rappelle les kystes séreux remplis de corpuscules hordéiformes; pas de transparence. Elle paraît sous-cutanée, placée au-devant des tendons palmaires; le petit doigt est légèrement fléchi, sa forme est trilobée; ces lobes sont séparés par des sillons assez sensibles. Telles sont les conditions appréciables de la maladie. Les commémoratifs ont appris que la tumeur s'était déclarée sans cause connue à l'âge de douze ans, par une petite grosseur du volume d'un noyau de cerise au-dessous de l'éminence hypothénar. Pendant de longues années, elle était restée stationnaire ou n'avait fait que des progrès peu sensibles; mais il y a deux ou trois ans, elle commença à augmenter et arriva rapidement à un volume considérable : une douleur s'adjoignit au côté interne de l'avant-bras, sur tout son bord cubital; cette douleur augmentait quand le patient voulait saisir et surtout serrer un corps dans la main. Au reste, elle était habituellement indolente, mais son volume était journellement progressif.

Le diagnostic était difficile. Était-ce un kyste? un lipome, un encéphaloïde? une masse fibreuse ou squirrheuse? L'idée à laquelle M. Robert s'est arrêtée tout d'abord, est celle d'un kyste séreux hydatifère, à cause du bruit de frottement que le toucher communiquait. Cette croyance a été partagée par M. Marjolin, qui a examiné le malade. Il a été en conséquence décidé qu'une ponction exploratrice serait faite avec un trois-quarts fin, et si cette présomption s'y trouvait confirmée, de vider de liquide, d'y injecter de la teinture d'iode et d'y exercer une compression douce; que si, plus tard, il survenait de l'inflammation, la poche serait largement

ouverte et soumise aux irrigations continues d'eau froide. Cette ponction n'a rien donné et la canule du trois-quarts n'a pu exécuter aucun mouvement de la tumeur, ce qui a fait reconnaître l'existence d'une masse solide. M. Robert a alors pratiqué, le 10 octobre, une incision cruciale sur la tumeur, a disséqué les lambeaux et y a trouvé un lipome d'une disposition assez singulière et que nous allons décrire. La tumeur a été enlevée, partie par dissection, partie par énucléation, sans intéresser ni les tendons, ni l'aponévrose palmaire, ni aucun vaisseau important. La peau des quatre lambeaux s'est trouvée trop abondante au moment de l'opération, mais l'opérateur n'a pas cru devoir en exciser une partie dans la crainte d'en manquer plus tard après sa rétraction et de voir la cicatrice attirer vers elle le petit doigt et peut-être aussi le bord cubital de la main. La plaie a été soumise à l'irrigation continue d'eau froide, et les choses se sont parfaitement passées. Les lambeaux, qui d'abord paraissaient le double plus grands qu'ils ne devaient être, se sont petit à petit retirés. Comme ils offraient de la tendance à se recroqueviller du côté de la plaie, on s'est contenté de les soutenir relevés avec un peu de charpie dans le fond de la plaie, puis leur épiderme qui était très épais s'est exfolié par grandes squames, et le derme qui était coriace s'est ramolli et est revenu sur lui-même ; de sorte qu'aujourd'hui, 20 octobre, les lambeaux offrent juste la longueur qu'on pouvait désirer et la guérison est parfaite.

La tumeur se compose de deux lipomes emboîtés l'un dans l'autre; la portion inférieure ou basique et qu'on pourrait nommer emboîtante, est plate, offre une grande gouttière dans son milieu, et pourrait être comparée à un demi gros œuf bouilli dont on aurait enlevé le jaune; l'autre portion est parfaitement distincte, a la forme d'un petit cylindre analogue à un pis de vache, est enchâssée dans la gouttière mitoyenne de la tumeur précédente et dans une direction parallèle au bord cubital de la main. La seconde portion était tout à fait mobile et libre dans la gouttière, de sorte que, quand on serrait la tumeur par deux côtés opposés de la base, la partie emboîtée s'échappait en haut et produisait une sorte de bruit analogue à celui qu'on détermine en comprimant fortement et par secousses les parois thoraciques d'un petit oiseau mort. En outre la portion centrale qui s'échappait ainsi venait heurter les doigts posés sur la peau et donnait la double sensation de fluctuation et de crépitation qu'on connaît à certains kystes du poignet. Toutes ces circonstances réunies ont jeté sur l'étude de ce fait un grand intérêt pratique.

Obs. V. — *Lipome sous-aponévrotique de la paume de la main*, par M. Boinet. (*Gaz. des hôpitaux*, 1866, p. 271.)

Vous vous rappelez sans doute la malade que j'ai eu l'honneur de vous présenter à la dernière séance; elle est âgée de cinquante-trois ans, et portait dans la paume de la main droite une tumeur à plusieurs lobes, dont le plus gros, du volume d'un œuf de poule, était placé entre le pouce et l'indicateur de la main droite, et les autres, au nombre de cinq, cor-

respondaient l'un à l'éminence hypothénar et les autres à chaque articulation métacarpo-phalangienne. Son début remontait à sept ou huit ans. Toutes ces tumeurs semblaient si bien correspondre entre elles que, lorsqu'on appuyait sur l'une d'elles, les autres devenaient plus saillantes et plus tendues, et elles offraient de tels caractères qu'à la palpation tous ceux qui ont examiné la malade ont déclaré qu'il y avait une fluctuation très évidente et ont conclu que la maladie était un kyste synovial crépitant. Ce qui entraînait encore vers ce diagnostic, c'est que l'un des lobes, le plus petit, celui qui siégeait au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt, laissait entendre sous la pression une crépitation qu'on rencontre ordinairement dans les tumeurs synoviales qui renferment des petits corps hydatiformes. J'ai opéré ce prétendu kyste synovial et j'ai trouvé le lipome que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux. Par une incision faite sur le lobe le plus volumineux, j'ai pu extraire la partie la plus volumineuse de ce lipome et tous les autres lobes qui en dépendaient et qui s'étalaient dans la paume de la main, dans tous les points que j'ai indiqués.

Cette tumeur était tellement molle, tellement élastique et facile à déprimer, que la pression sur l'un des lobes tendait et rendait plus saillant tous les autres lobes, de telle sorte qu'on croyait au déplacement d'un liquide ; aussi la fluctuation n'a paru douteuse pour personne; de plus la crépitation si nette, si évidente, que l'on constatait dans l'un des lobes était encore une raison pour contribuer à l'erreur de diagnostic qui a été faite. Ce fait doit donc servir à démontrer une fois de plus qu'il est facile de croire à une fluctuation qui n'existe pas, et que la crépitation qui appartient habituellement à certains kystes synoviaux peut aussi se rencontrer dans certains lipomes.

Obs. VI. — *Hypertrophie de la main; tumeur lipomateuse acquise.* (Wagner, in Busch. *Archives de Langenbeck*, Bd. VII).

Chez un garçon porteur d'une main droite hypertrophique, il se forma à l'âge de cinq ans une tumeur graisseuse au thorax droit qui s'étendit progressivement du sternum à l'aisselle et finit par envahir le bras et l'avant-bras. A l'âge de dix-huit ans le bras mesurait deux pouces de plus que l'autre et l'avant-bras quatre pouces. A la main droite, le pouce plus petit qu'à l'état normal était séparé de l'indicateur par une tumeur graisseuse. Ce dernier doigt mesurait six pouces et demi de circonférence maxima et la troisième phalange était en hyperextension. Le médius avait au niveau de sa première phalange une circonférence de treize pouces et demi, et diminuait vite d'épaisseur. Le quatrième et le cinquième doigts, charnus, mesuraient ensemble quatorze pouces. Entre le cinquième doigt et le poignet il existait encore une autre tumeur graisseuse. Les veines du dos de la main présentaient une dilatation variqueuse; la main pendante devenait rouge et se remplissait de sang comme une éponge. Les mouvements n'étaient pas abolis.

Obs. VII. — *Fibro-lipome de la main*, par Richet. (*Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 213.)

Un jeune homme de dix-neuf ans présentait dans le creux de la main droite une tumeur considérable, progressivement accrue depuis huit ans. En tâtant cette tumeur, on la trouvait bosselée, inégale, dure surtout dans les lobes centraux. Les muscles de l'éminence hypothénar assez puissants, refoulés par elle, la bordaient au côté interne. Les doigts exécutaient librement tous leurs mouvements d'extension et de flexion ; ils n'étaient le siège d'aucun œdème, d'aucune douleur. Les deux derniers espaces inter-métacarpiens étaient élargis. Les parties molles faisaient saillie à ce niveau, comme repoussées par quelque lobe de la tumeur. Les os n'étaient déformés nulle part ; la peau bien que déjà tendue restait rose, saine et mobile. Pas de fluctuation. Le développement lent, l'indolence firent rejeter l'idée d'une tumeur maligne. L'absence de déformation des os, la consistance molle firent écarter les chondrômes. On ne pouvait hésiter qu'entre un lipome et un fibrome.

M. Richet crut devoir pratiquer l'énucléation qui se fit très facilement. La peau amincie fut disséquée en deux lambeaux et la tumeur fut énuclée pour ainsi dire en quelques coups de bistouri, avec l'aponévrose palmaire qui la supportait, sans qu'il y eût besoin de couper une artère, un tendon, un nerf. A l'examen, on reconnut un fibrome ; les lobes moyens plus jeunes étaient blancs et très durs, tandis que les lobes extérieurs, plus gros et plus anciens, commençant à subir la régression graisseuse, étaient jaunâtres et relativement mous. Les suites de l'opération ne paraissent pas avoir été simples ; il se fit un épanchement sanguin et tout au plus put-on obtenir une réunion secondaire.

Obs. VIII. — *Lipome de la main, simulant un kyste synovial.* (Trélat, *Gaz. des hôp.*, 1868, p. 223.)

Comme les erreurs sont au moins aussi profitables que les succès pour celui qui les commet, je n'ai pas voulu rester seul à en tirer bénéfice, et je vous prie d'accepter la courte communication que voici.

Il y a quinze jours, je reçus chez moi un malade âgé de cinquante-huit ans, et bien portant du reste, qui me montra la paume de sa main gauche occupée par une tumeur : celle-ci s'était développée lentement, sans grande douleur, causant seulement, de temps à autre, de la gêne et un peu d'engourdissement dans les mouvements. La peau, normale dans sa couleur et dans sa consistance, était soulevée en bosselures arrondies, saillantes dans les éminences thénar et hypothénar, et surtout au niveau de cette dernière. La tumeur était absolument limitée à la paume de la main ; la partie inférieure de l'avant-bras n'offrait aucune trace de gonflement.

Quand on pressait l'un des deux lobes de la grosseur, on faisait refluer son contenu vers l'autre lobe. La fluctuation se produisait avec une incontestable netteté. Le liquide semblait se déplacer avec la plus grande facilité, et, quoiqu'on ne sentît pas de grains hordéiformes, on obtenait

néanmoins une sorte de frôlement rugueux et prolongé en poussant alternativement la masse vers l'un ou l'autre de ses côtés.

En tenant compte de cet ensemble de signes et surtout de l'évidence de la fluctuation, je diagnostiquai un kyste synovial de la paume de la main, et je pris jour avec le malade pour lui pratiquer une ponction suivie d'injection iodée.

Lundi dernier, j'enfonçai un trocart dans la tumeur, au niveau de la saillie interne (hypothénar), qui était la plus considérable, et, à ma grande surprise, rien ne sortit par la canule. Je la fis manœuvrer avec facilité dans l'intérieur de la prétendue cavité; j'introduisis un stylet dans son calibre. Rien n'y fit; je n'obtins pas une goutte de liquide. J'avais une telle foi dans un diagnostic auquel j'avais donné toute mon attention, que je ne fus pas convaincu. Je supposai que le liquide était trop épais, ou bien que l'enveloppe kystique formait opercule à l'orifice de la canule.

Je me procurai donc un trocart plus volumineux et bien effilé, et le matin même, je renouvelai la ponction. Cette nouvelle tentative eut exactement le même résultat que la première. Évidemment, je m'étais trompé, ou mieux, j'avais été trompé par une symptomatologie insidieuse. Je retirai brusquement le trocart, et je réunis les deux orifices de ponction par une incision de 3 centimètres parallèle à l'axe de la main. Aussitôt, une masse graisseuse fit hernie à travers les lèvres de la plaie, et des tractions légères me permirent d'extraire, par cette ouverture peu considérable, la tumeur que je mets sous les yeux de mes collègues.

C'est un lipome bilobé, limité de tous côtés par une enveloppe celluleuse qui a facilité son énucléation. La graisse qui le constitue est fine, délicate et peu résistante. Cette masse graisseuse reposait sur les tendons fléchisseurs et était déprimée à son centre par l'aponévrose palmaire. La pression de l'aponévrose et la finesse de la graisse me semblent expliquer la fluctuation perçue dans la tumeur, et je crois que le frôlement rugueux était dû au déplacement de lobules profonds sur les tendons fléchisseurs.

Obs. IX (résumée). — *Ablation d'un volumineux fibro-lipome de la paume de la main; guérison parfaite,* par Perassi.

La malade est une femme de soixante ans, d'une assez bonne constitution; elle porte une tumeur dans la paume de la main droite. Celle-ci s'est développée insensiblement depuis douze ans, sans douleurs, sans causer d'autre gêne que par son volume. Il y a deux ans, elle a consulté un empirique qui lui promit une prompte guérison, et ponctionna la tumeur; il ne sortit qu'un peu de sang. Depuis un an l'accroissement de la tumeur provoque des douleurs.

En mai 1869, elle présentait les caractères suivants : La peau de la paume de la main a sa coloration normale; elle est soulevée par une tumeur du volume d'une grosse pomme, résistante sans être dure, arrondie, non pulsatile, à large base, adhérente aux couches profondes de la région.

Les mouvements des doigts sont parfaitement libres. Quoique la tumeur soit le siège de fréquentes douleurs, on peut cependant la comprimer sans déterminer de la souffrance. La face dorsale de la main est presque uniformément plane, les dépressions intermétacarpiennes qui existent du côté sain ont disparu. Perassi crut devoir se rallier à l'idée d'un lipome ou d'un kyste très épais. Le 15 juillet, il pratiqua deux incisions légèrement courbes représentant un epsilon, de manière à obtenir trois lambeaux, un qui partait de la racine du pouce, un autre de la racine des quatre autres doigts; le troisième avait sa base tournée vers la partie supérieure de l'éminence hypothénar. Les trois lambeaux furent disséqués et il fut possible d'énucléer le lipome qui présentait quatre prolongements intermétacarpiens. La tumeur mesurait 0 m. 24 dans sa plus grande circonférence et 0 m. 18 dans sa plus petite. Pas d'hémorrhagie, pas d'ouverture de gaines. Sutures. Malheureusement, vers le quatrième jour, il survint une inflammation assez vive qui obligea à recourir à l'irrigation continue. Néanmoins la malade était complètement guérie en septembre (deux mois après). La tumeur, de nature graisseuse, contenait une masse fibreuse vers sa partie centrale.

Obs. X. — *Lipome fibreux de l'éminence thénar*, par M. Pitres. (Société anatomique, 1873.)

Mme X..., âgée de soixante ans, est entrée à la maison Dubois le 25 juin 1873 (service de M. Demarquay) pour se faire enlever une tumeur de l'éminence thénar du côté droit. La malade raconte que depuis cinq ans elle éprouvait un peu de gêne et de lassitude dans la région malade. Elle n'a constaté l'existence d'une tumeur qu'au mois d'août 1872, c'est-à-dire il y a seize mois. Depuis cette époque la région thénar a subi un développement régulièrement continu et assez rapide, car elle formait lorsque la malade est entrée à l'hôpital une saillie considérable qui rendait presque impossible les mouvements d'opposition du pouce.

Les téguments étaient tendus, mais ne présentaient aucune altération de structure; ils paraissaient soulevés par une tumeur du volume d'un œuf de poule occupant tout l'espace compris entre les premier et deuxième métacarpiens; cette tumeur était lisse sans adhérences, sans mouvements d'expansion; elle était très molle et manifestement fluctuante, du moins à sa superficie, car en la saisissant entre le pouce et l'index et en la déprimant avec force, on sentait profondément un noyau résistant légèrement bosselé, de consistance fibreuse, du volume à peu près d'une noisette. Aucune manœuvre ne provoquait de la crépitation comme on en observe souvent dans les kystes synoviaux ou même dans les lipomes.

Cette tumeur était indolente : par sa présence même elle gênait mécaniquement les mouvements d'opposition du pouce, mais tous les autres mouvements étaient possibles. Aucune trace d'atrophie, aucune déformation des doigts, aucun trouble de sensibilité. M. Demarquay posa le diagnostic de fibro-lipome et annonça qu'il en pratiquerait l'extirpation le 28 juin.

L'opération fut exécutée sans difficulté. Une incision curviligne suivant toute la longueur du pli de flexion du pouce mit les muscles superficiels de l'éminence thénar à découvert. Les muscles court fléchisseur et court abducteur du pouce furent écartés l'un de l'autre, et la tumeur vint faire hernie dans leur interstice, sous forme d'un peloton adipeux. Elle était séparée des parties voisines par un tissu cellulaire lamelleux extrêmement lâche, ce qui permit de l'énucléer facilement sans faire usage du bistouri. A sa partie profonde, elle présentait un prolongement graisseux qui se dirigeait vers le deuxième métacarpien, mais qui ne paraissait pas avoir contracté d'adhérences avec l'os.

Plusieurs artérioles furent liées et la plaie est aujourd'hui en bonne voie de guérison.

La tumeur enlevée est lisse, d'une forme régulièrement arrondie; elle a une couleur jaunâtre et paraît constituée par de la graisse molle et presque diffluente.

Sur une coupe, on constate qu'elle est formée de deux tissus d'aspect et de résistance tout à fait différents. Au centre on voit un tissu ferme, résistant, sec, de consistance fibreuse formé de tractus blancs, brillants, irréguliers, entrecroisés dans tous les sens. Ce noyau central est enveloppé de tous côtés par une couche de graisse molle et diffluente, véritable atmosphère adipeuse de 6 à 8 millimètres d'épaisseur. Cette couche de graisse n'est pas simplement appliquée sur le noyau fibreux, elle fait corps avec lui; les deux tissus se pénètrent réciproquement, de sorte qu'il existe une zone intermédiaire tenant des caractères physiques de la graisse et de ceux du noyau fibreux. L'examen microscopique a révélé des détails de structure que la simple inspection à l'œil nu ne pouvait faire supposer. Je ne parle pas de l'examen à l'état frais qui était rendu très difficile par l'abondance de gouttelettes graisseuses, et j'arrive aux résultats de l'étude des coupes pratiquées après durcissement dans l'alcool absolu et l'acide picrique, colorées au picro-carminate, et montées dans la glycérine acidifiée. Au centre de la tumeur, dans la partie qui a les apparences du tissu fibreux, on aperçoit, au milieu du tissu conjonctif fibrillaire très serré, des faisceaux de fibres musculaires striées à tous les degrés d'atrophie possibles. Les faisceaux sont écartés les uns des autres, irrégulièrement disséminés au milieu de la masse fibreuse. Les fibres musculaires appartenant à un même faisceau sont aussi dissociées et plus ou moins atrophiées par l'interposition de larges travées fibreuses. A côté d'une fibre ayant conservé toutes les apparences de l'état normal, on en aperçoit d'autres qui n'ont plus que la moitié, le quart, le dixième du volume normal, et que l'on reconnaît facilement parce qu'elles sont plus colorées que le tissu conjonctif voisin et que leur striation transversale a persisté malgré leur atrophie.

La zone périphérique de la tumeur est formée de tissu adipeux qui ne présente aucune particularité digne d'être notée. On peut suivre son développement aux dépens du tissu fibreux central.

Il se forme dans ces tissus des îlots de cellules adipeuses qui repous-

sent les travées fibreuses et plus tard les font complètement disparaître en se substituant à elles.

Ce résumé de l'examen de la tumeur permet d'en faire le diagnostic anatomique. Il s'agit d'un fibrome développé dans un muscle et ayant subi à sa périphérie l'évolution adipeuse.

Obs. XI. — *Lipome de la main droite. Extirpation, guérison*, par Péan (Thèse de Cosson. Paris, 1879, p. 54.)

C..., âgé de trois ans, fut amené à la consultation du 30 avril 1875. Ses parents désiraient que l'on remédiât à une déformation particulière de la main droite qu'il avait, disaient-ils, toujours présentée, mais qui devenait de plus en plus choquante à mesure que l'enfant grandissait.

En comparant les deux mains, on constate aisément que la droite est sensiblement plus large que la gauche. Les deux premiers métacarpiens sont plus écartés vers leur extrémité inférieure que ceux du côté gauche. En outre, à la base de l'éminence thénar, à 0m. 05 au-dessous et en dedans de la première articulation métacarpo-phalangienne, on aperçoit une petite saillie de forme peu déterminée. Au toucher, on constate qu'elle est formée par une tumeur profonde pâteuse, sans fluctuation manifeste, indépendante des parties molles qui glissent à sa surface indolente et sans battements. Examinée par transparence, elle est opaque.

Après avoir endormi l'enfant par le chloroforme, on fit l'énucléation de la tumeur. On eut des nouvelles de l'opéré à des intervalles réguliers. Au bout de huit jours, la plaie était fermée et, le 10 juillet 1875, la déformation de la main était sensiblement corrigée. — La tumeur enlevée était un lipome.

Obs. XII. — *Lipome de la main. Extirpation, guérison*, par Rigaud. (*Revue méd. de l'Est*, 1875, t. III, p. 242.)

M. Rigaud présente à la Société un jeune garçon qu'il a opéré d'une tumeur de la main. Cette tumeur siégeant à la paume de la main droite et à l'éminence thénar avait toute l'apparence d'un kyste synovial avec grains riziformes; elle présentait un petit prolongement entre les têtes des troisième et quatrième métacarpiens, et un autre au-dessous du ligament annulaire du carpe qui faisait saillie en pressant la paume de la main; il y avait de la fausse fluctuation. L'incision ne donne issue à aucun liquide, mais une masse graisseuse surgit, facilement énucléable : c'était un lipome. M. Rigaud insiste sur le siège certainement sous-aponévrotique de cette tumeur, démontré parce qu'elle s'était prolongée sous le ligament annulaire du carpe.

Obs. XIII. — *Lipome de la paume de la main*, par le Dr Notta, de Lisieux. (Société de chirurgie, 1882, p. 389.)

Hubert, journalier, âgé de soixante-six ans, d'une bonne constitution et d'une excellente santé, entre le 8 novembre 1881 à l'hôpital de Lisieux.

Il y a six ans, sans cause appréciable, il s'aperçut que l'éminence thé-

nar de la main droite augmentait de volume. Il n'y ressentait aucune douleur même en travaillant avec une bêche ou une pioche; il éprouvait seulement des douleurs spontanées dans l'avant-bras, depuis le pli du coude jusqu'au poignet, et c'est à ces douleurs qu'il attribue le développement de la tumeur de la paume de la main. Quoi qu'il en soit, cette tumeur a pris d'une façon insensible un volume tel qu'elle le gêne pour travailler.

*État actuel.* — Sur l'éminence thénar de la main droite existe une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, sans changement de couleur à la peau, fluctuante, divisée en deux parties à peu près égales par une petite dépression. A l'aide d'une bougie on ne trouve pas la transparence. Cette tumeur, indolente à la pression, n'est le siège d'aucune douleur spontanée. Quand le malade se sert d'une bêche ou d'une pioche, il ressent comme un engourdissement dans la main et il ne peut prolonger longtemps son travail. Les mouvements des doigts sont parfaitement libres. Un médecin qui avait été consulté, il y a un mois, avait pratiqué une ponction qui n'avait donné issue qu'à une goutte de sang.

*9 novembre.* L'opération est pratiquée au milieu du nuage phéniqué; le malade est chloroformé et une bande d'Esmarch est appliquée sur la main et l'avant-bras. Une incision de 6 centimètres, parallèle au pli moyen de la main, est pratiquée suivant le grand axe de la tumeur. Après avoir divisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, on tombe sur la membrane d'enveloppe du lipome qui tout d'abord s'énuclée facilement. Mais bientôt je m'aperçois que la tumeur se prolonge au-dessous du faisceau des tendons fléchisseurs des doigts et s'étend même jusqu'à la partie supérieure et externe de l'éminence hypothénar. La dissection et l'énucléation de cette partie de la tumeur ont été longues et difficiles. Néanmoins, j'ai pu l'enlever d'une façon très complète. Aucun vaisseau important n'avait été divisé. Un drain fut appliqué jusqu'au fond de la plaie. Six points de suture avec un fil d'argent en rapprochèrent les lèvres, et le pansement de Lister fut appliqué. Par-dessus, j'appliquai une épaisse couche d'ouate maintenue avec une bande afin d'exercer sur la plaie une compression douce. Le poids de la tumeur est de 85 grammes; elle est formée uniquement de graisse.

*10 novembre.* La nuit a été bonne. Apyrexie.

*11 novembre.* Vives douleurs pendant la nuit; le pansement est levé. Il sort, par le drain, du pus et du sang. Le drain est retiré, lavé, puis réappliqué; même pansement.

*12 novembre.* La main est un peu enflée; empâtement et douleur à la pression, au-dessus du poignet. J'enlève les sutures. La plaie n'est pas réunie. Fièvre.

*13 novembre.* Même état avec tendance à l'aggravation. Suppuration abondante; fièvre; deux bains antiseptiques du bras et de la main, de deux heures chacun, pendant la journée. Après chaque bain, la main est enveloppée d'un cataplasme de farine de lin, arrosé d'eau phéniquée.

*14 novembre.* Même traitement.

*15 novembre.* Mieux très marqué. La douleur et le gonflement du poignet ont disparu; la suppuration diminue.

*17 novembre.* On supprime les bains. Pansement avec de la charpie trempée dans un mélange d'alcool camphré et d'eau phéniquée.

L'état de la main continue à s'améliorer, les jours suivants. Le 25 novembre, il n'y a plus de suppuration, la plaie est presque complètement cicatrisée, les mouvements des doigts sont conservés, lorsqu'il est pris tout à coup d'accidents cérébraux, perte complète de la parole et de la connaissance; mouvements conservés; sensibilité amoindrie; le 26, la famille le transporte mourant chez lui.

Obs. XIV. — *Fibro-lipome de la paume de la main (éminence hypothénar) opéré avec application de la bande d'Esmarch.* (Dr Moulinier, *Bull. de la Société de chirurgie*, 1882, p. 618.)

L. F..., ouvrier papetier, au Castillon (Dordogne), âgé de cinquante-deux ans. Tumeur grosse comme une mandarine, occupant la paume de la main droite, au niveau de l'éminence hypothénar; immédiatement au-dessous de l'os pisiforme, et remplissant toute la région qu'elle déborde en dehors.

En saisissant cette tumeur à pleine main et en opérant une légère compression, on sent des battements énergiques; la tumeur et la main qui la compriment sont manifestement soulevées à chaque impulsion cardiaque. La base est large, non pédiculée; la tumeur, lobulée, est mollasse, mais sans fluctuation; elle craque légèrement quand on cherche à l'écraser; sa surface, bosselée, est parsemée de veines serpentines flexueuses, gorgées de sang et très développées. D'après tous les signes qui précèdent, je diagnostiquai un lipome enflammé. Le malade fait remonter à deux ans l'origine de sa grosseur: lorsqu'il s'en aperçut pour la première fois, elle était alors parfaitement indolente et très petite. Ces temps derniers elle était devenue très douloureuse et gênait extrêmement le malade; la peau n'était pas mobile sur la tumeur, ce qui est le cas le plus ordinaire : à l'opération une couche celluleuse (capsule) difficile à isoler entourait le lipome et nécessita l'usage du bistouri, le décollement avec le doigt étant impossible. La tumeur augmentait rapidement.

La cause est ici, assurément, tout extérieure : c'est une violence, une attrition continuelle, déterminée en ce point par la pression du couteau à papier que cet homme manie depuis de longues années. En effet, le sujet n'est pas obèse; pas de lipomes symétriques ou non sur d'autres parties du corps.

Opération le 3 janvier : pulvérisation d'éther; application de la bande d'Esmarch, dissection à sec de l'artère cubitale et des filets nerveux. La tumeur qui reposait sur l'artère enlevée en totalité, apparaît au-dessous de la première et un peu en dehors vers le bord cubital de la main une seconde tumeur de la grosseur d'un pois, parfaitement indépendante et qui a malheureusement été perdue. L'application de la bande d'Esmarch

a permis d'éviter une récidive fatale, car, gêné par le sang, j'eusse infailliblement laissé la seconde tumeur passer inaperçue.

En trente jours la perte de substance a été réparée, la cavité comblée, la cicatrisation parfaite et l'opéré se sert actuellement de sa main droite comme par le passé.

Obs. XV. — (Després, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1882, p. 620.)

J'ai observé une fois un de ces lipomes de la main chez une jeune fille de Dreux, âgée de dix-neuf ans, qui m'était envoyée par le Dr Bardet; la tumeur était fluctuante et crépitait; c'était exactement ce que nous avions observé sur la malade de M. Boinet. Je n'ai pas hésité à diagnostiquer un lipome. La tumeur enlevée, le diagnostic a été vérifié; c'était en 1876 que j'ai vu cette malade.

Obs. XVI. — (M. Pozzi, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1882, p. 621.)

On observe à la paume de la main une autre variété de lipome que celle dont il vient d'être question. C'est un angio-lipome qui se développe sous la peau au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes; j'ai eu l'occasion d'en opérer un. Le microscope seul permet de découvrir les vaisseaux.

Pour M. Pozzi, il y a dans ces régions deux sortes de lipomes, le lipome profond sous-aponévrotique et le lipome superficiel adhérent à la peau.

Obs. XVII. — (M. Le Fort, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1882, p. 391.)

J'ai enlevé un lipome de la main et l'emploi de la bande d'Esmarch m'a permis de voir qu'il avait une origine profonde et était sous-aponévrotique.

Obs. XVIII. — *Lipome de la paume de la main simulant un ganglion: excision, guérison.* (Bryant, *The Lancet,* 1882, v. I, p. 846.)

David R..., quarante ans, entre à l'hôpital le 15 janvier 1883. Il s'est toujours bien porté, sauf quelques atteintes de rhumatisme. Il y a quinze ans il a reçu un coup de pied de cheval sur la main, et il y a sept ans survint un gonflement au niveau du cinquième métacarpien. Une semaine plus tard une autre tumeur apparut au milieu de la base du pouce. Elles s'accrurent simultanément et formèrent une tumeur dans la paume de la main; le malade y appliqua des cataplasmes; la masse se vida en donnant issue à un drachme de sang; la plaie devint fistuleuse, mais la masse principale resta sans changements.

Deux ans plus tard, apparut une autre tumeur sur le dos de la main entre le second et le troisième doigt. A son entrée on constate une masse bosselée qui occupe la partie interne de l'éminence thénar; elle s'étend dans l'interstice qui sépare le pouce de l'index et fait une saillie de un demi-pouce au-dessus de la surface. Au niveau de la paume de la main, elle mesure transversalement quatre pouces de large d'un côté à l'autre; au centre, il existe une dépression profonde. La tumeur du dos de la main occupe l'espace qui sépare l'index du médius; elle mesure un pouce de dia-

mètre dans chaque sens et fait saillie d'environ un demi-pouce. Les doigts sont écartés environ de trois quarts de pouce. Une sensation de fluctuation semble évidente dans toutes les parties de la tumeur. La peau est mobile sur elle, excepté à l'endroit de la dépression, et rouge foncé.

Pas de douleur ou de sensibilité; sensation de crépitation et de grains riziformes quand on presse successivement les tumeurs dorsale et palmaire. Pas de tumeur de l'avant-bras en avant et au-dessus du poignet. Mouvement du pouce et des doigts conservés. On crut à un ganglion diffus.

Le 3 février, incision palmaire au niveau du 5e métacarpien; immédiatement l'issue de graisse montra que la tumeur était un lipome. Une incision cruciale fut en conséquence pratiquée à la base du pouce et prolongée le long de l'espace qui sépare le deuxième du troisième métacarpien. Toute la tumeur fut ainsi énuclée, sauf à la racine du doigt médius où le néoplasme a été disséqué de la peau. La tumeur était logée profondément sous les aponévroses et s'étendait sous les tendons fléchisseurs. La graisse de la tumeur dorsale était plus nettement lobulée, et l'extraction ne nécessita pas d'autre incision spéciale. Aucun nerf des doigts ne fut divisé. L'arcade palmaire superficielle fut sectionnée et ses deux bouts liés; il y eut très peu de sang perdu. Lavage de la plaie avec une solution iodée; drainage et suture au catgut, attelle brachiale. Deux éponges sont placées dans le creux de la main pour faciliter la réunion.

Le 5 février, pansement; la plaie allait bien; on place un autre tube à drainage. Le 6, il ne s'est pas écoulé de sérosité par les tubes; en pressant on fait sortir un peu de sérum sanguin. Le 1er mars, la main était complètement guérie. Tous les doigts ont conservé leurs mouvements et leur sensibilité, à l'exception de l'extrémité du médius. Le malade sort le 6.

Obs XIX. — *Lipome de la main. Extirpation.* (Hodges, *Boston med. journ.*, 16 octobre 1884, p. 362.)

Un marin, âgé de trente-trois ans, remarqua sept ans avant son entrée à l'hôpital général du Massachusset, une tumeur du volume d'un pois au milieu de sa main droite. Elle s'accrut lentement jusqu'à acquérir les dimensions d'un pouce et demi de diamètre. Cette masse avait une forme ovoïde, était molle, fluctuante, indolente, immobile, en apparence sous-cutanée, indépendante des mouvements des doigts. Elle gênait le malade qui était pêcheur, par suite de la pression de la ligne. Incision, énucléation facile; pas d'artère liée.

Obs. XX. — (Hodges, *Boston med. j.*, 1884, p. 362.)

Laboureur, quarante ans, entre à l'hôpital du Massachusset avec une petite tumeur entre l'index et le pouce qu'il attribua quand il la remarqua, il y a deux ans, à la pression d'une scie. D'abord indolente, elle devint ensuite sensible à la pression ou quand la main était déclive; la douleur remontait le long du bras comme si un nerf était intéressé. La tumeur, plus proéminente sur le dos de la main, était grosse comme un

œuf, mal limitée, en partie sous les fascias, molle, fluctuante. Peau saine, mobile. Incision de quatre pouces, énucléation. Lipome ordinaire; aucun vaisseau ne fut lié.

Obs. XXI. — (Hodges, *Boston med. j.*, 1884, p. 362, octobre.)

Homme de soixante-treize ans ; porteur d'un lipome de l'éminence thénar, gros comme une pomme de terre. Il existait depuis trente-cinq ans. Il fut énucléé à l'hôpital général du Massachusset par une incision palmaire. Une seule ligature dut être pratiquée.

Obs. XXII. — *Lipome capsulé de la paume de la main.* (Poulet.)

Mme S..., ménagère, âgée de soixante ans, d'une forte constitution, vient me consulter au mois de décembre 1885 pour une tumeur assez volumineuse de la partie externe de la paume de la main droite. Elle raconte que, sans cause connue, sa main a commencé à devenir plus grosse il y a quatre ans, et que depuis cette époque elle augmente insensiblement de volume. En même temps elle attire l'attention sur deux autres gonflements qui siègent sur le même membre, l'un à la face dorsale de la main, l'autre à l'avant-bras (tiers inférieur et face dorsale). Mme S... souffre peu, mais la présence de la tumeur gêne assez les fonctions et les mouvements de la main pour qu'elle se préoccupe de cette affection. Nous apprenons en outre que notre malade est rhumatisante.

La tumeur principale, nettement circonscrite, occupe la région thénarienne, s'étendant du ligament annulaire du carpe jusqu'à la partie inférieure du premier espace interdigital dont elle soulève les téguments. Son volume atteint celui d'un gros œuf de poule; pas de changement de couleur à la peau qui, malgré la tension, a conservé ses caractères et sa mobilité. A la palpation, la tumeur présente une consistance molle; elle est dépressible, fluctuante, sans qu'on perçoive des lobules à sa surface ou dans son épaisseur; pas de battements. D'ailleurs, elle est absolument indépendante des mouvements des tendons fléchisseurs et de ceux du fléchisseur du pouce en particulier. Les mouvements de flexion et d'opposition sont seuls limités par la tumeur. Pas de douleurs spontanées ou provoquées ; la malade accuse seulement des fourmillements incommodes. A la face dorsale le premier espace interosseux ne présente rien d'anormal.

Les autres tumeurs diffèrent de la précédente, d'abord par leur volume beaucoup plus petit, ensuite par leur diffusion et leur adhérence au derme; l'une siège à la face dorsale de la main droite, à la partie inférieure du second espace intermétacarpien; on éprouve en la touchant la sensation d'une gomme. En examinant la malade, nous découvrons deux autres petites tumeurs semblables, à la partie postéro-inférieure des deux avant-bras. Elles ont les dimensions d'une pièce de cinq francs, soulèvent légèrement la peau à laquelle elles adhèrent et paraissent à leur périphérie se confondre insensiblement avec le pannicule adipeux assez développé. Elles appartiennent à la variété sous-dermique décrite par Cruveilhier (*Anat. pathol.*, t. III, p. 304).

Plusieurs confrères avaient déjà été appelés à donner leur avis et l'idée d'une tumeur kystique semblait prévaloir. Cependant, je ne crus pas devoir me rallier à cette idée, et je pensai à un lipome capsulé; il n'y avait pas de prolongement sus-carpien, pas de gêne des mouvements, un bon état général, enfin, le prolongement inférieur de la tumeur quittait la direction du pouce pour se porter dans l'espace interdigital. Un dernier renseignement fourni par la malade acheva de me persuader; son frère porte sur plusieurs points du corps de grosses tumeurs indolentes qui sont manifestement des lipomes. Mon diagnostic fut partagé par mon collègue Robert qui a bien voulu m'assister pour l'opération.

Extirpation le 31 décembre 1885. Après anesthésie j'incisai la peau de l'éminence thénar depuis le poignet jusqu'au premier pli interdigital. La capsule du lipome qui faisait hernie dut être disséquée en divers points où elle avait contracté des adhérences avec l'aponévrose et la peau. Dans la profondeur l'énucléation avec le doigt ne présenta aucune difficulté. Je pus ainsi extraire un lipome capsulé du poids de 25 grammes, bien circonscrit, présentant seulement un prolongement inter-musculaire interne. La perte de sang fut peu importante; quelques pinces hémostatiques suffirent. Lavage au sublimé au millième, drainage, sutures au crin de Florence. Iodoforme. Pansement occlusif ouaté.

Les suites de l'opération furent simples; après l'enlèvement des fils et du drain, quatre jours après, la réunion profonde était obtenue; mais les lèvres cutanées se réunirent plus lentement, circonstance que j'attribue à l'interposition de l'iodoforme entre elles.

J'ai revu depuis Mme S... complètement guérie, mais la main n'a pas recouvré entièrement ses fonctions par suite d'une poussée de rhumatisme articulaire métacarpo-phalangienne. Les autres tumeurs restent stationnaires.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un lipome pur sans noyau fibreux central.

Obs. XXIII. — *Lipome de la main. Extirpation. Récidive.* (Bloch, *Hosp. tidende Kjoben*, 1878, 2 R. v. 17-20.)

Nous n'avons pu nous procurer ce journal.

Obs. XXIV (de Plaitos). — Σπανια τις περιπτωσις λιπωματος επι του μεσαιου χειλους της δεξιας παλαμης αραιρεθευτος. γαληνος. Αθηναι. 1883, p. 415.

Obs. XXV. — Cas de Kuster. (*Arch. de Langenbeck*, Bd. XII, p. 628.)

Kuster fait une courte mention d'un lipome diffus observé chez un enfant de quatre ans et demi; il s'étendait sans limites précises du bord cubital du petit doigt jusqu'au coude. Grâce à des extirpations partielles successives on parvint à en débarrasser le malade. Guérison.

Obs. XXVI. — (S. Gross, *A Syst. of Surgery*, t. II, p. 1018.)

J'en ai vu seulement un exemple qui avait été envoyé à ma clinique

par feu James Taylor, sur une dame de soixante-cinq ans. La tumeur environ de la grosseur d'un œuf était située à la paume de la main sous l'aponévrose palmaire. Un prolongement s'étendait à la face palmaire de l'annulaire. Elle existait depuis vingt-deux ans. Sa nature était assez évidente avant son extraction.

Obs. XXVII. — (Mason Warren). Gross (*System of Surgery*, t. II, p. 1018) dit que feu Mason Warren dans ses « Surgical observations », a relaté les particularités de deux cas de tumeurs adipeuses, dont l'une était située à la main.

Obs. XXVIII. — (Liston, *The Lancet*, 1840-1841, t. II, p. 774.)
Aujourd'hui 12 août, M. Liston a extirpé une tumeur graisseuse assez volumineuse qui s'étendait profondément entre les os à la racine des doigts index et médius.

## II. Lipomes des doigts.

Les lipomes se rencontrent encore plus rarement aux doigts qu'à la main; nous n'avons pu en réunir que sept exemples. En outre, plusieurs d'entre eux sont si peu explicites qu'ils n'ont pour l'étude de cette affection qu'une médiocre valeur. Nous avons cru devoir ranger pour des motifs exposés ailleurs les faits de Liston et de Kuster avec les lipomes de la main. Aux observations déjà rassemblées par Polaillon, nous ajoutons celles de Richet, Mason Warren, Bigelow.

### Index bibliographique des lipomes des doigts.

1. Follin, *Gaz. de Paris*, 1852, p. 413.
2. Neyber, *Hygieia Swenska Lak*, p. 33, et *Jahresbericht de Gurlt et Hirsch*, 1870, p. 184, Bd. I.
3. Volkmann, in Ranke, *Arch. de Langebeck*, Bd. XX, p. 380. 1876.
4. Volkmann, Ranke, *idem*, p. 381.
5. Richet, *France médicale*, 20 avril 1886, p. 344.
6. Mason Warren, cité par S. Gross, *Syst. of Surgery*, t. II, p. 1018.
7. Bigelow, cité par S. Gross, *Syst. of Surgery*, t. II, p. 1018.

En raison du petit nombre de faits connus, nous n'entrerons pas dans de longs détails sur l'histoire de ces tumeurs. Aussi nous bornerons-nous à signaler quelques-unes de leurs particularités.

Aux doigts encore plus qu'à la main, l'étiologie traumatique trouve sa raison d'être. L'une des malades de Volkmann exerçait le métier de tailleuse et accusait la pression des ciseaux; de même, l'opérée de Richet s'était pincé le petit doigt dix ans auparavant entre les

battants d'une porte. — Dans les autres faits il n'est pas question d'une cause déterminante. Sur les six observations où le sexe est indiqué, il y a quatre femmes, un homme et un enfant; rien de particulier relativement aux âges.

Tous les doigts, sauf l'index, ont été le siège de lipomes; ici encore la main droite était un lieu d'élection dans les trois quarts des cas. En dehors du médius qui deux fois était le siège de lipome (obs. 1, 3), les trois autres doigts ne comptent chacun qu'une observation. Il ne paraît pas y avoir de prédisposition spéciale pour un ou pour un autre segment de doigt. Dans l'observation 4, le lipome occupait la face palmaire de la phalange unguéale du pouce; dans les autres cas, la tumeur s'étendait également sur la première et la deuxième phalange.

Au premier abord, on pourrait croire que ces lipomes ne puissent acquérir des dimensions bien grandes; cependant les auteurs parlent des dimensions d'une grosse noix (obs. 5), d'un œuf de poule (obs. 1) et même d'une belle pomme (obs. 2). Ranke nous rapporte que dans les cas de Volkmann le doigt déformé par le lipome avait l'aspect d'un saucisson. La disposition semi-annulaire a été notée et il semble alors que la tumeur est embrochée par le doigt.

La plupart de ces lipomes ne siègent pas profondément; ainsi dans trois faits il est nettement spécifié que le lipome était situé au-devant des tendons fléchisseurs. Il n'y aurait que dans le cas de Mason Warren où la tumeur était sur l'os, sous les tendons. Quant à la structure, tantôt elle était celle des lipomes simples, capsulés, tantôt le tissu fibreux semblait un peu plus abondant.

A leur surface, la peau, susceptible d'être plissée, a conservé ses caractères ordinaires, et le lipome se présente comme une tumeur molle, indolente, bosselée, dépressible; la fausse fluctuation n'y est pas rare, et dans plusieurs cas la crépitation a été signalée. En général, l'affection n'entraîne aucune gêne grave dans les fonctions des doigts, à moins que, par son volume, le lipome ne s'oppose à leur rapprochement. Nous ne reviendrons pas sur les autres caractères propres au lipome. Ici encore, l'accroissement est extrêmement lent et, pour atteindre les dimensions d'une pomme, il n'avait pas fallu moins de trente ans au lipome de la malade de Neyber.

Mêmes incertitudes que pour les lipomes de la main lorsqu'il s'agit du diagnostic. Si la plupart des auteurs arrivent au diagnostic exact, ce n'est pas sans avoir hésité ou fait remarquer les analogies avec les kystes des gaines tendineuses. Dans le fait de Bigelow, au dire de Gross, la tumeur prise pour un kyste à grains fut ponctionnée. Cette erreur n'a pas de gravité; il n'en est pas de même de celle qui con-

siste à prendre un lipome pour une tumeur maligne parce que les conséquences thérapeutiques sont bien différentes. Or, cette erreur a été commise du moins sur deux malades. Neyber désarticula un doigt, par suite d'une méprise de ce genre; il avait cru à un enchondrome. Dans le fait de Mason Warren, le lipome, bridé par les tendons et les fascias, était uni si intimement à l'os que l'on crut à une tumeur maligne; le doigt fut amputé.

On éviterait de semblables méprises en pratiquant une incision exploratrice qui lèverait les doutes. Ce qui précède nous amène naturellement à recommander l'énucléation simple après l'incision en ayant soin de ménager les gaines tendineuses; de cette façon, on conserve au malade un doigt dont les fonctions sont suffisamment bien conservées.

Obs. I de Follin. — Follin a présenté à la Société de Biologie (mai 1852) la main d'un homme d'une cinquantaine d'années environ, dont le doigt médius portait sur ses faces antérieure, externe et un peu postérieure, une tumeur mollasse, un peu lobulée, mobile, du volume d'un œuf de poule environ.

Cette tumeur, sans changement de couleur de la peau, laissait entendre, lorsqu'on la comprimait fortement, une légère crépitation. Les caractères généraux de cette tumeur firent penser que c'était un lipome. L'examen anatomique a confirmé cette idée. En effet au-dessous de la peau existait une masse lobulée de tissu cellulo-graisseux jaunâtre. Ce tissu graisseux adhérait à la face antérieure de la gaine des fléchisseurs assez fortement pour qu'il fût impossible d'enlever le lipome sans ouvrir cette gaine. A la partie postérieure du doigt, l'adhérence était bien moins considérable. (*Gaz. méd. de Paris*, 1852, p. 413.)

Obs. II de Neyber. (*Hygieia Swenska Lakareselskabs. Förhand*, p. 33, et *Jahresbericht de Gurlt et Hirsch*, 1870, p. 184, Bd. I.)

Une femme de soixante-sept ans avait une tumeur de la grosseur d'une belle pomme à la seconde phalange de l'annulaire gauche. Elle s'était régulièrement accrue dans les trente dernières années et gênait seulement par sa présence les fonctions de la main. Neyber prit la tumeur pour un enchondrome et désarticula le doigt; les recherches histologiques faites par Axel Key démontrèrent qu'il s'agissait d'un lipome.

Obs. III. 1er Cas de Volkmann (Ranke, *Archives de Langenbeck*, t. XX, p. 380, 1876.)

Bertha Ech..., dix-huit ans, entre le 29 mai 1867 en traitement à la clinique chirurgicale royale. Jusqu'à il y a trois ans, la malade était très bien portante. Dans son occupation de tailleuse, son doigt médius avait été exposé à beaucoup de blessures et particulièrement la pression des ciseaux déterminait sur ce doigt une sensibilité désagréable. Elle remarqua sur

celui-ci vers cette époque une petite tumeur grosse comme un pois, dure et insensible. Celle-ci se trouvait sur le côté palmaire de la deuxième phalange, immédiatement au-dessous de la commissure cutanée qui la sépare de la troisième phalange. La tumeur était recouverte par la peau normale et au début elle ne gênait pas sensiblement les mouvements du doigt. L'accroissement fut continu, mais aussi très lent. Dans l'espace de trois ans, la tumeur s'accrut de préférence dans la direction de la paume de la main, et elle envahit une partie de la première phalange. De temps en temps, à la suite de fatigues, survenaient de légères inflammations qui cédèrent par le repos et des ménagements.

A l'entrée de la malade, la tumeur avait la forme d'un saucisson d'une certaine grosseur, luisante, tendue et recouverte par la peau que l'on pouvait encore plisser. La consistance était molle, pâteuse, pas tout à fait fluctuante. Différentes parties ou lobes de la tumeur ne se laissaient pas sentir. Le diagnostic était hésitant entre un hygroma ou un lipome.

Néanmoins, en raison de son accroissement, on dut l'extirper. On circonscrivit la tumeur par deux incisions et on l'énucléa avec facilité.

Les tendons fléchisseurs ne furent pas complètement mis à nu, mais on les voyait dans la profondeur de la plaie encore recouverts par une membrane conjonctive mince et transparente. La plaie fut suturée et on employa comme traitement l'immersion permanente. En huit jours, guérison complète.

La réunion immédiate fut obtenue et la mobilité du doigt ne fut en aucune façon diminuée. La tumeur extirpée était un simple lipome sans lobules et à surface complètement lisse. La consistance ferme de la tumeur tenait à la formation de cloisons conjonctives.

Obs. IV. 2e Cas de Volkmann. (Ranke, *Archives de Langenbeck*, t. XX, p. 381, 1876.)

Femme R..., cinquante-cinq ans, n'a jamais été malade et montre seulement une forte tendance à l'obésité. Depuis six ans, elle remarque à la face palmaire de la phalange unguéale du pouce droit et près de l'extrémité une tumeur molle, indolente, grosse comme un pois. Elle s'accrut lentement dans la direction de la paume de la main de façon à atteindre le milieu de la première phalange.

Elle a une forme allongée en boudin, insensible à la pression, et elle est recouverte par une peau normale très tendue mais qu'on peut cependant plisser. Tumeur molle et manifestement fluctuante. On ne constate pas de lobulation et la peau ne présente pas la particularité observée ailleurs pour les lipomes sous-cutanés, de donner par la compression de la tumeur entre les doigts la sensation de cicatrices. Les fonctions du pouce sont très notablement diminuées. Tous ces phénomènes peuvent être rattachés à un ganglion ou à un hygroma avec la plus grande vraisemblance. Cependant, parmi les autres diagnostics possibles, celui de lipome était le plus plausible et l'extirpation en démontra la justesse. L'opération fut faite avec les précautions antiseptiques. Pansement de Lister. On put

constater que le tendon du fléchisseur après l'énucléation était encore recouvert par une couche de tissu conjonctif transparente.

Guérison par première intention. La structure de la tumeur est celle d'un lipome à surface lisse. Malgré la fluctation apparente, la présence du tissu conjonctif rendait la consistance du néoplasme assez ferme.

Obs. V de M. Richet. (*France médicale*, 20 avril 1886, p. 544.)

P... Marie, âgée de vingt ans, nourrice, vient à l'Hôtel-Dieu pour se faire enlever une tumeur qu'elle porte depuis longtemps à la face palmaire de l'auriculaire de la main droite. C'est une jeune fille des champs, présentant toutes les apparences d'une belle santé. Réglée à douze ans et toujours bien réglée, elle a eu un enfant à l'âge de dix-neuf ans. Pas le moindre antécédent pathologique à signaler.

A l'âge de sept ans, elle se pince le petit doigt de la main droite entre les deux battants d'une porte; cet accident est suivi d'une vive douleur et d'une forte ecchymose. Sept mois plus tard, apparition d'une petite tumeur du volume d'une tête d'épingle au niveau de la face palmaire de la première phalange du petit doigt. Cette petite grosseur ne déterminait ni douleurs, ni troubles fonctionnels. Quinze jours après son apparition, la tumeur commence à augmenter de volume et marche assez rapidement. La malade ne peut rien dire de précis sur la marche de la tumeur à partir de ce moment; mais elle assure qu'à quinze ans, la tumeur offrait le volume d'une noix. Depuis huit mois, elle a encore augmenté de volume. Malgré cet accroissement, la malade n'a jamais institué le moindre traitement : la malade songeait bien depuis longtemps à faire enlever sa tumeur, mais elle attendait toujours.

Le 10 décembre 1885, elle se décide à entrer à l'hôpital. Lorsqu'on examine son doigt, on constate une tumeur du volume d'une grosse noix. Cette tumeur siège sur la face palmaire; elle s'étend du pli métacarpo-phalangien à un centimètre du pli qui sépare la deuxième de la troisième phalange. Transversalement, elle envahit les parties latérales de la première phalange et les deux tiers supérieurs des faces latérales de la deuxième. La tumeur est plus étendue en dedans; elle semble attirée par la pesanteur. Vue par sa partie antérieure, la tumeur semble percée de part en part par le doigt; le doigt ainsi recouvert par la tumeur rappelle très exactement ces fers dont on se sert pour pratiquer l'ignipuncture. La tumeur est sous-cutanée et mobile sur les parties profondes. Si l'on dit à la malade de fléchir son doigt pendant qu'on s'oppose à cette flexion, on reconnaît que la tumeur est indépendante des parties profondes. Elle est aussi mobile sous la peau, excepté en quelques points, ainsi que nous le verrons tout à l'heure. D'une façon générale, la palpation donne une sensation de mollesse; c'est une consistance lipomateuse. Mais on trouve quelques points indurés : on en trouve un à la partie externe de la tumeur; à la partie supérieure, il est petit, dur, mobile; l'autre est situé plus bas; il présente le volume d'une aveline. La compression de la partie interne de la tumeur détermine une crépitation analogue à celle des

grains hordéiformes de la synovite chronique. La peau est normale; un peu rouge par places, elle adhère un peu au niveau du gros noyau interne.

Pas de douleurs. Pas de troubles fonctionnels : la flexion du doigt s'exécute très facilement; le petit doigt fléchi embrasse la tumeur par sa concavité, et, en même temps, la tumeur est repoussée vers le bord cubital de la main. L'extension n'est nullement compromise.

La tumeur est enlevée le 15 décembre. A la coupe, elle présente le type du fibro-lipome. L'examen histologique a été pratiqué dans le laboratoire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu; la tumeur était constituée principalement par du tissu graisseux; on n'y trouvait que peu de tissu fibreux. La malade quitte l'hôpital complètement guérie dans les premiers jours de janvier 1886.

Obs. VI. (Mason Warren, citée par S. Gross, *System of. Surgery*, t. II, p. 1018.)

Au dire de Gross, Mason Warren aurait publié dans ses *Surgical Observations* l'histoire d'une tumeur adipeuse qui embrassait la première phalange de l'un des doigts, à laquelle il était si intimement uni qu'on pouvait croire avant l'amputation à une tumeur maligne. Elle était en contact immédiat avec l'os, et la pression exercée sur elle par les tendons et les fascias a contribué à cette illusion. Le malade était un enfant.

Obs. VII de Bigelow. (Simple mention faite par S. Gross, *System of Surgery*, t. II, p. 1018.) Dans un cas de lipome d'un des doigts rapporté par Bigelow, de Boston, l'affection simulait si bien un ganglion qu'on l'avait ponctionnée.